

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1919-1920. — N° 27

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'ANUS CONTRE NATURE
ET DE SA TECHNIQUE

(PROCÉDÉ DE L'ANUS A PONT DE PEAU)

THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 Septembre 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice KHOUZAM

Né le 19 juillet 1894, au Caire (Egypte),
Ancien Interne des Hôpitaux de Nice.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

Septembre 1919

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'ANUS CONTRE NATURE
ET DE SA TECHNIQUE

(PROCÉDÉ DE L'ANUS A PONT DE PEAU)

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
LÉPINE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, MORAT

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. TEISSIER
	ROQUE
	BARD
	TIXIER
Cliniques chirurgicales	{ BÉRARD
	FABRE
Clinique obstétricale et Accouchements	ROLLET
Clinique ophtalmologique	NICOLAS
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LÉPINE (J.)
Clinique des maladies nerveuses et mentales	WEILL
Clinique des maladies des enfants	POLLOSSON (A.)
Clinique des maladies des femmes	CLUZET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	HUGOUNENQ
Chimie biologique	MOREL
Chimie organique et Toxicologie	MOREAU
Matière médicale et Botanique	GUIART
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	TESTUT
Anatomie	X...
Anatomie générale et Histologie	DOYON
Physiologie	COLLET
Pathologie interne	X..
Pathologie et Thérapeutiques générales	PAVIOT
Anatomie pathologique	POLLOSSON (M.)
Médecine opératoire	X...
Médecine expérimentale et comparée	ETIENNE MARTIN
Médecine légale	COURMONT (P.)
Hygiène	PIC
Thérapeutique	FLORENCE
Pharmacologie	

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx	MM. LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agréé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN	—
Chirurgie infantile	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	MOURIQUAND,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X....	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	BRETIN	ARLOING (F.)	THEVENOT (Lucien)
COMMANDEUR	LERICHE	GUILLEMARD	PIÉRY
NEVEU-LEMAIRE	THEVENOT (Léon)	POLICARD	COTTE
LAROYENNE	TAVERNIER	GARIN	DUROUX
VORON	CADE	SAVY	BONNAMOUR, chargé
NOGIER	MOURIQUAND	FROMENT	des fonctions.
LATARJET			SARVONAT id.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. BÉRARD, *Président* ; CONDAMIN, *Assesseur* ;
MM. LAROYENNE, et DUROUX, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1919-1920. — N° 27

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'ANUS CONTRE NATURE
ET DE SA TECHNIQUE

(PROCÉDÉ DE L'ANUS A PONT DE PEAU)

THESE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 Septembre 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice KHOUZAM

Né le 19 juillet 1894, au Caire (Egypte),
Ancien Interne des Hôpitaux de Nice.



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

—
Septembre 1919





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553213_0026

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En témoignage de mon amour filial
et de ma profonde reconnaissance.

A MON FRÈRE ET A MES SŒURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. BÉRARD

Professeur de Clinique Chirurgicale.
Chevalier de la Légion d'Honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR X. DELORE

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

AU R. P. CATTIN

Chancelier de la Faculté Française
de Médecine et de Pharmacie de Beyrouth.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BONNET

Médecin de l'Hôpital Saint-Roch, de Nice.

AVANT-PROPOS

En terminant nos études, il nous reste à remercier tous ceux qui nous ont permis de les mener jusqu'au bout.

Notre pensée va tout naturellement vers nos chers parents, qui se sont imposé tant de sacrifices pour nous permettre de poursuivre nos études. Nous les remercions très affectueusement et nous demandons à Dieu de nous aider à ne jamais oublier notre dette de reconnaissance envers eux.

Nos remerciements vont ensuite au R. P. CATTIN, Chancelier de la Faculté Française de Médecine et de Pharmacie de Beyrouth, qui par ses démarches nous a permis de venir continuer nos études en France.

M. le Dr X. DELORE, a été pour nous un maître écouté et bienveillant. Il nous a fourni le sujet de notre thèse, et nous a aidé de ses précieux conseils. Nous le prions de bien vouloir trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

Nous remercions M. le Professeur L. BÉRARD, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, ainsi que MM. les Professeurs agrégés,

CONDAMIN, LARÖYENNE et DUROUX, qui nous font l'honneur de faire partie de notre jury.

Nous remercions en outre la Faculté de Lyon, qui a bien voulu nous recevoir parmi ses élèves et nous décerner son diplôme, ainsi que nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux de Lyon, pour l'accueil bienveillant que nous avons trouvé auprès d'eux.

Enfin nous remercions M. le D^r MALESPINE, qui a mis gracieusement à notre disposition ses clichés photographiques pour la reproduction des gravures.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ANUS CONTRE NATURE ET DE SA TECHNIQUE

(PROCÉDÉ DE L'ANUS A PONT DE PEAU)

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

L'anus contre nature à titre définitif est le traitement de choix dans les cancers du rectum, lorsque toute opération radicale est rendue impossible par l'étendue de la néoplasie ou l'état du malade.

En dehors des cas de cancer du rectum, l'anus artificiel est quelquefois indiqué, quoique beaucoup plus rarement, soit dans la tuberculose, soit dans la syphilis rectale.

Pour le siège de l'anus artificiel tout le monde est d'accord et le lieu d'élection, à moins d'indication spéciale, est l'S iliaque. Il n'en est pas de même quant au choix du procédé. Ils sont nombreux : aucun n'a donné satisfaction complète aux chirurgiens. Or dans la création d'un anus artificiel trois conditions essen-

tielles sont à remplir : donner issue aux matières, empêcher l'infection du péritoine et des parois, enfin éviter le passage des matières dans le bout inférieur. Si les deux premières indications sont remplies facilement, l'une par une ouverture suffisante de l'S iliaque, et l'autre par l'observation de l'asepsie la plus rigoureuse pendant l'opération et l'ouverture retardée de l'anse herniée, il n'en est pas de même de la troisième indication.

Le passage des matières dans le segment inférieur est une complication assez fréquente, des plus ennuyeuses et on doit chercher à l'éviter à tout prix, d'autant plus que l'amélioration de l'état du malade n'est due qu'à l'absence du contact des matières avec le rectum malade. Or, tous les accidents reparaissent dès que les matières se mettent à passer en partie dans le bout rectal, et la vie des malades est singulièrement abrégée par la production de cette complication.

Les procédés ordinaires, dits à éperon, ne préservent pas du tout de cette complication ; les procédés qui l'empêchent d'une façon certaine présentent par ailleurs des inconvénients tels, que la majorité des chirurgiens préfèrent avoir recours aux procédés d'anus dits à éperon malgré leur imperfection.

C'est après les résultats défectueux obtenus par divers procédés d'anus contre nature, que notre maître, M. le Dr Delore, a été amené à employer, en 1912, le procédé d'Audry-Jeannel, en le modifiant. Les résultats excellents obtenus par ce procédé ont fait abandonner les autres méthodes, et M. le Dr Delore

n'emploie plus que celui-là. Soixante malades ont été opérés par lui. Ce sont les résultats obtenus par M. Delore, inspirateur de notre travail, que nous voulons montrer dans notre thèse. Nous décrirons en même temps le procédé tel qu'il est employé par M. Delore, et, pour montrer sa supériorité aux autres, nous dirons un mot des principaux procédés d'anuses artificiels.

Notre but étant de présenter un procédé d'anuse artificiel, nous laisserons systématiquement de côté les indications et contre-indications des anuses artificiels.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

L'anus artificiel iliaque fut proposé pour la première fois par Littre, en 1710, comme traitement des imperforations congénitales du rectum, mais il faut attendre jusqu'en 1770 pour voir Pillore, de Rouen, pratiquer le premier cette opération dans un cas de cancer du rectum. En 1783, Antoine Dubois tenta l'opération, sans succès d'ailleurs, dans un cas d'atrésie anale et l'enfant succomba deux jours après.

Il faut arriver à Duret pour voir l'anus de Littre vulgarisé et sa technique précisée. Il fit faire une thèse importante sur ce sujet, en 1853, par son gendre Miriel. Jules Rochard, en 1856, adresse un important mémoire à l'Académie de Médecine sur le même sujet : l'anus de Littre était enfin vulgarisé.

Cependant, en 1813, Callisen, le célèbre chirurgien suédois, propose de pratiquer l'anus artificiel dans la région lombaire. Cet anus, qui prit son nom, fut opposé pendant un certain temps à l'anus de Littre. Il

fut très peu connu jusqu'en 1839, date à laquelle Amussat tenta de faire pour lui ce que Duret avait fait pour l'anus de Littre. A la suite des succès obtenus par ce dernier, l'opération fut adoptée avec enthousiasme en Angleterre, cependant qu'en France l'opération de Littre était presque exclusivement pratiquée. Ce n'est qu'en 1877 que Fochier, tenté par les succès obtenus par les chirurgiens anglais, pratique l'anus de Callisen et obtient un plein succès. Son exemple fut vite suivi par Labbé, Daniel Mollière, Peyrot, Tillaux, Trélat..., et il semble que l'anus lombaire va l'emporter sur l'anus iliaque. C'est alors qu'une lutte assez vive s'engagea entre les partisans de l'anus de Littre, parmi lesquels il faut citer surtout Richet et Verneuil et les partisans de l'anus de Callisen.

En 1885, Verneuil et Reclus, dans leur rapport au 1^{er} Congrès Français de Chirurgie, proclament la supériorité de l'anus de Littre sur l'anus de Callisen, d'une technique bien plus longue et plus difficile et ne mettant pas toujours à l'abri de l'ouverture du péritoine, comme le prétendaient ses partisans. Statistiques en mains, ils montraient que la mortalité opératoire était sensiblement la même dans les deux opérations (28 à 30 pour 100) et qu'elle baissait de moitié dans l'opération de Littre, lorsque cette dernière était méthodiquement conduite. D'autre part, après les travaux de Colley, Herbert Allingham et Harrisson Cripps, en Angleterre, dans des articles publiés en 1887, arrivent aux mêmes conclusions.

L'anus de Callisen n'eut de succès que pendant une courte période, l'application de l'antisepsie et

surtout de l'asepsie finit par le détrôner, l'ouverture du péritoine étant devenue une opération tout à fait bénigne.

Ce n'est qu'après 1880 que les chirurgiens s'attachèrent à améliorer la technique de la colostomie iliaque et cherchèrent à créer un anus contre nature qui soit à l'abri, autant que possible, des complications.

On vit alors le procédé dit de Madelung et Sonnenburg, décrit par Madelung en 1884, que Maurice Pollosson employa en 1883 et qui serait dû plutôt à Schitzinger qui le décrivit en 1881 et qui avait pour but de mettre un obstacle au passage des matières dans le bout inférieur par l'obstruction de l'orifice correspondant.

Presque au même moment Maydl décrivit son procédé qui, par l'ouverture retardée de l'anse herniée, une fois que des adhérences s'étaient formées entre cette dernière et les parois abdominales, mettait à l'abri de l'infection par les matières le péritoine et les parois abdominales.

Ce procédé fut introduit en Angleterre par Colley en 1884 et en France en 1887 par Reclus. Ce procédé doit être rangé dans les procédés dits à éperon qui tous se ressemblent et dérivent de l'opération décrite par Littre. La seule différence entre ces divers procédés (à part l'ouverture retardée du péritoine) consiste à remplacer le fil de soie qui transfixe le mésocôlon dans l'opération de Littre, soit par une broche métallique, soit par une baguette de verre ou une sonde en gomme, etc... De ces divers procédés nous retiendrons

le procédé d'Audry-Jeannel qui date de 1892 et dans lequel la sonde est remplacée par un pont cutané. C'est ce procédé, légèrement modifié, qui a donné les meilleurs résultats à notre maître M. le Dr Delore et que nous allons décrire avant d'exposer les résultats obtenus par lui.

Nous citerons en outre le procédé d'Allingham paru en 1889, destiné à éviter le prolapsus de l'intestin, modifié légèrement en 1908 par Le Dentu.

Une autre complication qu'on a cherché à éviter, c'est l'incontinence absolue des matières. C'est dans ce but surtout que fut établi le procédé de Roux, de Lausanne, en 1895, et qu'en 1900 Hartmann préconisa la dissociation des muscles abdominaux au lieu de leur section.

En 1900, Gangolphe décrivit un nouveau procédé qui tendait en même temps à éviter le passage des matières dans le bout inférieur, ainsi que la production d'un prolapsus.

Mais on peut dire que la grande majorité des procédés ont été inventés dans le but d'éviter le passage des matières dans le bout inférieur, car c'est la complication la plus fréquente, la plus grave. Lorsqu'elle se produit, elle peut abréger singulièrement la vie du patient, surtout lorsqu'il s'agit d'un malade atteint d'un cancer du rectum et c'est là le cas le plus habituellement observé. Les procédés dérivés de l'opération de Littre ne donnant pas assez de sécurité à ce point de vue, on chercha, après avoir sectionné complètement l'S iliaque, à en séparer les deux bouts. C'est ainsi que Reclus décrivit un nouveau

procédé en 1907 et qu'il modifia par la suite, et que Pauchet décrivit un autre procédé en 1910. C'est aussi dans le but de mettre un obstacle efficace au passage des matières dans le bout inférieur que M. le Dr Delore a été amené à modifier le procédé d'Audry-Jeannel, après avoir vu les autres procédés ne donner que des résultats médiocres.

CHAPITRE III

DESCRIPTION ET CRITIQUE DES PRINCIPAUX PROCÉDÉS D'ANUS ARTIFICIELS ILIAQUES

Nous allons décrire rapidement les principaux procédés d'anus artificiels. Nous nous bornerons à décrire ceux qui ont été inventés spécialement dans le but de donner une dérivation complète des matières fécales et d'empêcher leur passage dans le bout inférieur. Nous montrerons en même temps leurs avantages et leurs inconvénients.

1^o PROCÉDÉ DE POLLOSSON. — Ce procédé est plutôt connu sous le nom de procédé de Madelung qui l'a décrit en 1884. Cependant M. Pollosson l'avait déjà pratiqué en 1883 (cf. Laguaite, thèse de Lyon, 1884), et d'après P. Duval (thèse de Paris, 1902) ce procédé serait dû à Schitzinger qui l'a décrit en 1881.

L'incision est faite selon la technique ordinaire. L'S iliaque une fois attiré au dehors est sectionné complètement entre deux ligatures, le bout rectal est fermé et laissé dans l'abdomen ou fixé dans l'angle

inférieur de la plaie, et seul le bout supérieur est fixé à la paroi abdominale.

Ce procédé a été légèrement modifié par Pierre Duval qui laisse une ligature sur le bout supérieur et qui l'enlève deux ou trois jours après l'opération.

Ce procédé offre un seul avantage : celui d'empêcher le passage des matières dans le bout inférieur, l'orifice de ce dernier étant fermé. Mais à côté de cet avantage, il présente des inconvénients qui doivent le faire rejeter complètement à l'heure actuelle. On peut lui adresser les reproches suivants :

1° La fermeture de l'orifice inférieur empêche toute action utile par cet orifice et la voie anale normale n'est pas toujours praticable. On est obligé de renoncer à faire des lavages du rectum par cet orifice. Quelquefois même, quand il s'agit de cancer du rectum, on peut être amené à agir sur les bourgeons néoplasiques par quelques coups de curette très prudents, auxquels on est obligé de renoncer si on a fermé l'orifice inférieur.

2° Lorsque le rectum est complètement obturé par les formations néoplasiques, la fermeture de l'orifice inférieur transforme ce segment en un espace clos. On voit les dangers auxquels est exposé le malade par l'accumulation des sécrétions normales et pathologiques dans cet espace favorable à la pullulation des microbes, d'autant plus que sa résistance est singulièrement amoindrie.

3° Enfin, quoique le fait soit plutôt rare, il peut arriver qu'on se trompe et qu'on ferme le bout supérieur au lieu du bout inférieur, comme le fait est arrivé

à Tillaux et à d'autres chirurgiens aussi expérimentés. Si cette erreur a été commise par un chirurgien aussi expérimenté, elle risque encore plus d'être commise par des chirurgiens moins au courant de la pratique chirurgicale.

Aussi ce procédé, malgré Pierre Duval, est-il complètement à rejeter.

2^o PROCÉDÉS D'ANUS A ÉPERON. — Ces procédés sont nombreux et nous ne pouvons les décrire ici. D'ailleurs ils se ressemblent tous et dérivent du procédé décrit par Littre. On parle du procédé de Maydl, de ceux de Reclus, de Colley, etc., etc., mais tous peuvent se ramener au procédé de Littre. La seule modification intéressante est celle apportée par Maydl et qui consiste dans l'ouverture de l'S iliaque quatre ou cinq jours après l'opération.

L'incision est faite comme pour les autres procédés. L'S iliaque est attiré au dehors et fixé aux angles de la plaie, le mésocôlon est transfixé; une baguette de verre ou mieux une sonde en gomme entourée de gaze (le tout stérilisé) est passée par cet orifice de façon à ce que l'anse oméga soit à cheval dessus. Trois ou quatre jours après, on ouvre l'anse oméga au thermocautère sur une étendue de 1 centimètre et demi à 2 centimètres et six à huit jours après on enlève la sonde : l'éperon est alors constitué.

Cet anus qui est d'une technique assez simple fonctionne très bien les premières semaines, quelquefois même les premiers mois. Mais si le malade survit quelques mois après l'opération, l'éperon s'efface peu

à peu par suite de la traction exercée par le mésocôlon et les matières finissent par passer dans le bout inférieur. Tous les accidents qui avaient disparu lors de la création de l'anus contre nature, tels que les douleurs, le ténesme, les hémorragies mêmes, reparaissent; parfois la vie des malades est abrégée de plusieurs mois par la production de cet accident.

Cet anus est aussi exposé plus que les autres au rétrécissement de son orifice supérieur. Quoique cet accident ne soit pas aussi grave que le précédent, il ne constitue pas moins une gêne pour le malade qui est obligé de se faire dilater toutes les deux ou trois semaines.

3° PROCÉDÉ DE ROUX. — Ce procédé est employé à la Clinique chirurgicale de Lausanne depuis 1895.

L'incision siège sur la ligne médiane, au niveau du pubis. On taille sur la symphyse pubienne, sans désinsérer les muscles droits, au ciseau et au marteau, une encoche en forme d'U, de 2 centimètres au moins. On ouvre le péritoine et on attire dans cette plaie une anse de l'S iliaque. Cette dernière est « couchée verticalement dans l'U, de façon que les quatre cinquièmes supérieurs de l'encoche soient occupés par la branche afférente de l'intestin, celle qui servira pour l'anus proprement dit. La branche afférente n'occupe que le dernier cinquième; elle est aplatie par la position qu'on lui donne et ainsi définitivement mise hors de fonction¹ ».

¹ Cf. M^{lle} Dr. von Mayer, in *Revue médicale de la Suisse romande*, n° 1, janvier 1898,

Dans cette opération l'anús artificiel a comme support la symphyse pubienne. Par suite l'obturation de cet orifice est complète en dehors des selles et la continence est presque absolue. En outre, par suite de l'aplatissement du bout inférieur les matières peuvent y passer très difficilement ou même pas du tout.

On peut reprocher à ce procédé sa longueur d'exécution et certains malades peuvent ne pas le supporter sans danger. Il exige l'anesthésie générale. En outre, pour que l'opération soit possible, il faut que le mésocôlon soit d'une certaine longueur, ce qui rend son application impossible dans certains cas.

Il nous semble qu'il doit céder le pas au procédé d'Audry-Jeannel, modifié selon la technique simple et rapide de M. le D^r Delore.

4^o PROCÉDÉ DE LA « DOUBLE LIGATURE » DE GANGOLPHE. — Ce procédé date de 1900. L'incision est faite dans la fosse iliaque gauche comme pour une colostomie ordinaire. On attire au dehors 7 à 8 centimètres de l'S iliaque qu'on fixe aux angles de l'incision. Un fil de soie est passé à double dans le mésocôlon, on le coupe et on lie l'anse herniée en deux points distants de 5 à 6 centimètres. La portion d'intestin entre les deux ligatures se sphacèle. Au bout de quarante-huit heures on excise au thermocautère l'anse liée, en ayant soin d'empiéter de chaque côté sur l'intestin sain, de façon à enlever toute la partie sphacélée, le sphacèle s'étendant toujours un peu plus loin que les ligatures.

Dans ce procédé, on ne peut opérer qu'en deux

temps et on ne peut l'appliquer dans les cas où on est obligé d'ouvrir très vite l'intestin. Par l'exclusion d'une anse intestinale entre deux ligatures, on crée artificiellement une sorte de hernie étranglée qui peut exposer les malades à des accidents graves. Il doit se trouver des cas où les accidents produits par ces ligatures ne se bornent pas à de simples coliques, d'ailleurs très vives, d'après l'auteur. En outre, la séparation des deux orifices de section de l'intestin n'est pas suffisante pour que le passage des matières dans le bout inférieur soit impossible. Enfin, pour que cette opération soit possible, il faut pouvoir attirer au dehors une portion de l'S iliaque longue de 8 à 10 centimètres et la longueur variable du mésocôlon empêche quelquefois de la réaliser convenablement.

Nous pensons que ce procédé est complètement à rejeter, les inconvénients qu'il présente ne pouvant être compensés en rien par les avantages qu'il offre.

5° PROCÉDÉ DE RECLUS. — Ce procédé date de 1907. C'est poussé par le désir d'empêcher sûrement et pour toujours le passage des matières dans le segment rectal que Reclus a été amené à sectionner l'anse oméga et à en séparer les deux bouts par un espace de 2 à 3 centimètres. Si c'est dans la séparation des deux orifices de section que se trouve le meilleur moyen et le seul vraiment bon d'éviter le passage des matières dans le bout inférieur, le procédé de Reclus, comme nous allons le voir, ne présente pas moins des imperfections qui doivent le faire rejeter.

L'incision est faite comme pour une colostomie

iliaque ordinaire; elle intéresse la peau et le grand oblique, tandis que le petit oblique et le transverse sont dissociés à la sonde cannelée. L'S iliaque est attiré au dehors et sectionné complètement entre deux ligatures. Le mésocôlon est ensuite sectionné dans toute sa hauteur; puis le bout supérieur est débarrassé de sa ligature et fixé à l'angle supérieur de la plaie. Cette dernière est fermée par deux plans, un plan profond au catgut, comprenant le péritoine et les muscles, et un plan superficiel aux crins de Florence, comprenant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. On a soin de laisser une petite ouverture à l'angle inférieur de la plaie auquel est fixé le bout inférieur de l'S iliaque, débarrassé de la ligature qui l'enserme.

Nous ne dirons rien de ce procédé, puisque son auteur a dû l'abandonner après une tentative. Dans le seul cas opéré par Reclus d'après ce procédé, une suppuration abondante se produisit et les points de suture ont sauté. Une seconde tentative faite par son chef de clinique, M. Piquand, ne donna pas un meilleur résultat. Aussi Reclus modifia son procédé dont il donna une description dans le *Journal des Praticiens*, en 1910. Ces deux procédés sont d'ailleurs décrits dans la thèse de Dinanian (Thèse de Paris, 1910-1911). Voyons en quoi consiste ce second procédé.

Dans la fosse iliaque gauche, on fait deux incisions d'inégale grandeur. Par la plus grande, on sort l'anse sigmoïde, on la sectionne entre deux ligatures et on sectionne le mésocôlon comme dans le précédent procédé. On nettoie soigneusement un des deux bouts, on le recouvre d'une compresse stérilisée, puis avec

une grande pince courbe qu'on passe par la petite incision située à 2 ou 3 centimètres de la précédente, on va chercher ce bout, on le sort par cette incision et on le fixe à la peau. L'autre bout est fixé dans la grande incision, puis ces deux bouts sont débarrassés de leurs ligatures réciproques.

La grande incision est faite indifféremment supérieure ou inférieure par rapport à la petite. Dans le premier cas, c'est le bout inférieur qui est ramené dans la petite incision et, dans le second cas, c'est l'inverse. Reclus préconise de faire la grande incision inférieure, ce qui exposerait moins à la production d'un prolapsus.

On voit que cette opération est assez compliquée et assez longue. Il est presque nécessaire d'avoir recours à l'anesthésie générale, ce qui ne pourrait être employé sans inconvénients dans tous les cas. En outre, on voit les dangers qu'il y a, malgré toutes les précautions qu'on puisse prendre, à faire cheminer, sous le péritoine, un segment d'intestin sectionné.

Dans les trois observations publiées dans la thèse de Dinanian, il s'est produit une suppuration, assez abondante dans un cas, bien que les malades aient été constipés par de l'opium pendant quelques jours.

Ce procédé donne, il est vrai, une sécurité absolue au point de vue du passage des matières dans le segment inférieur. Mais cet avantage ne nous paraît pas compenser les inconvénients de ce procédé qui est complètement à rejeter.

6° PROCÉDÉ DE PAUCHET. — Ce procédé a été décrit par l'auteur dans *la Clinique*, en janvier 1910. C'est

aussi un procédé d'anus contre nature à double orifice.

L'incision est faite plus longue que pour un anus iliaque ordinaire et intéressant seulement la peau et le muscle grand oblique. Le petit oblique et le transverse sont dissociés à la sonde cannelée dans la partie supérieure de l'incision. Le péritoine est ouvert et le côlon descendant est découvert et attiré hors de la plaie, de façon que la portion attirée au dehors soit longue au moins de 10 centimètres. Une ligature est posée sur le mésocôlon qui est ensuite sectionné au ras du côlon sur une longueur de 5 centimètres. Le côlon est enfin sectionné au thermocautère entre deux ligatures.

Dans l'angle inférieur de la plaie, le petit oblique est dissocié et, le péritoine ouvert, une boutonnière séro-musculaire est ainsi créée. Une pince courbe, passée par cette boutonnière, va prendre le segment inférieur du côlon et le ramène par cet orifice. Chaque bout du côlon est fixé au petit oblique, dans la boutonnière correspondante, par deux points en U, séro-musculaires et au fil de lin. Le grand oblique et le tissu cellulaire sous-cutané sont suturés par trois points au catgut, dont celui du milieu est en U. Enfin, les moignons intestinaux sont coupés au ras de leurs ligatures et fixés à la peau, chacun par six agrafes. Les lèvres de la plaie cutanée sont aussi rapprochées par des agrafes.

Ce procédé qui tient des deux procédés de Reclus, avec quelques modifications de détail, ne leur est pas supérieur. Il est passible des mêmes critiques et est complètement à rejeter.

CHAPITRE IV

TECHNIQUE DE L'ANUS CONTRE NATURE A PONT DE PEAU

Ce procédé est dû à Audry qui le décrivit en 1892, mais c'est Jeannel qui fit la première opération sur le vivant en 1893, Audry ne l'ayant exécutée tout d'abord que sur le cadavre. Il faut faire remarquer que Jeannel simplifia la technique décrite par Audry. Dans l'esprit de ces deux auteurs, le « pont de peau » était destiné simplement, en remplaçant la sonde en gomme ou la baguette de verre, à maintenir l'anse intestinale herniée hors de la plaie et à former l'éperon. C'est devant les résultats plutôt mauvais, obtenus par les différents procédés, que M. Delore a été amené à employer ce procédé en le modifiant un peu. Dans la pensée de M. Delore le « pont de peau » sert à séparer les deux bouts de l'S iliaque qui est complètement sectionné. Ceci dit, nous allons maintenant décrire le procédé tel que l'exécute M. Delore.

OPÉRATION

Les préparatifs sont les mêmes que pour une colostomie iliaque par un procédé courant. L'opération se

fait en deux temps, le premier pour la fixation de l'S iliaque, et le second pour sa section.

Premier temps : INCISION. — A deux travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche et à 1 ou 2 centimètres au-dessus de la ligne qui unit cette épine à l'ombilic, on fait une incision longue de 7 à 8 centimètres et oblique en dedans et en bas, parallèlement à l'arcade crurale. La peau et le tissu cellulaire sous-cutané sont incisés d'un seul coup. Les muscles peuvent être incisés ou dissociés suivant le procédé d'Hartmann. Quoique leur incision soit plus rapide, il vaut mieux les dissocier, leur dissociation rendant l'anus plus continent. Bien que la technique en soit connue, nous croyons utile de la rappeler ici et nous nous permettons d'en emprunter la description à M. Hartmann lui-même¹.

« Rien n'est plus facile, dit-il, que de dissocier d'un coup de sonde cannelée des fibres du grand oblique au niveau d'un des interstices de ce muscle, la direction des fibres du grand oblique étant exactement celle de la plaie.

« Lorsque la boutonnière musculaire est ainsi faite, on place en son milieu deux écarteurs pour l'ouvrir dans une direction exactement perpendiculaire à celle de l'incision primitive.

« Un des écarteurs se trouve appliqué exactement

¹ Cf. H. Hartmann, Technique de la colostomie dans le traitement de certaines tumeurs inopérables du rectum, *Revue de Chirurgie*, 1900.

à l'épine iliaque antéro-supérieure ; l'autre se dirige vers l'ombilic. La boutonnière faite aux fibres du grand oblique se trouve ainsi ouverte suivant une direction exactement parallèle à celle des fibres du petit oblique qui occupe le fond de la plaie. Ces fibres sont à leur tour dissociées, toujours avec la sonde cannelée. Une dernière paire d'écarteurs est placée dans la boutonnière faite au petit oblique, de manière à l'ouvrir transversalement par rapport au corps de l'individu, ce qui découvre les fibres du transverse, parallèlement à leur direction. Ces fibres sont à leur tour dissociées avec la sonde cannelée et l'on tombe sur la graisse sous-péritonéale. »

Le péritoine est alors ouvert suivant la direction de l'incision cutanée et ses deux lèvres repérées par des pinces.

Deuxième temps : RECHERCHE ET FIXATION DE L'ANSE SIGMOÏDE. — Le péritoine une fois ouvert, on se met à la recherche de l'anse sigmoïde. En général c'est une anse grêle qui se présente tout d'abord à la vue et qu'il faut repousser dans l'abdomen. Elle est d'ailleurs facilement reconnaissable par sa surface lisse et unie, sans bosselures ni bandes musculaires longitudinales. Quant à l'S iliaque il est aussi très facilement reconnaissable à sa coloration grisâtre et surtout à ses franges épiploïques, à ses trois bandes musculaires longitudinales et à ses bosselures.

L'S iliaque une fois reconnu, on l'attire au dehors en tirant légèrement sur le bout supérieur de façon à pratiquer l'anus artificiel sur la partie la plus haute



FIG. 1. — L'S iliaque est attiré au dehors
et fixé aux angles de la plaie.



FIG. 2. — Le lambeau cutané est taillé.

possible. Par cette manœuvre, on évite autant que possible le prolapsus de l'intestin:

L'anse herniée est ensuite fixée à chaque angle de la plaie par deux ou trois points en U, au catgut. Ces points passent dans le muscle grand oblique et la paroi de l'intestin, sans en perforer la muqueuse. A chaque angle de la plaie un point est passé dans la bandelette musculaire supérieure. Cette manœuvre a pour but de maintenir l'anse et d'éviter la sortie par la plaie d'une anse plus longue, pendant les efforts, en attendant que des adhérences solides se forment et la maintiennent en place.

Troisième temps : TRANSFIXION DU MÉSOCOLON.

— Le méso est transfixé par des ciseaux fermés ou une pince. On fait une ouverture un peu plus large que celle qu'on fait ordinairement pour l'anus à éperon, de Maydl-Reclus.

Quatrième temps : TAILLE DU LAMBEAU DE PEAU.

— Sur la lèvre interne ou plus généralement sur la lèvre externe de l'incision cutanée, on fait deux incisions parallèles, longues de 4 à 5 centimètres environ, séparées entre elles par un espace de 4 centimètres et perpendiculaires à l'incision primitive.

Elles sont faites à peu près à égale distance des deux extrémités de la plaie, cependant l'incision inférieure peut être un peu plus rapprochée de l'angle correspondant de la plaie, l'orifice inférieur n'ayant pas besoin d'être aussi large que le supérieur. Mais il ne faut pas que l'incision supérieure soit éloignée de

plus de 2 centimètres de l'angle correspondant de l'incision primitive car le prolapsus de l'intestin se produit d'autant plus facilement que l'orifice intestinal est plus large.

Cinquième temps : PASSAGE DU LAMBEAU A TRAVERS LA BOUTONNIÈRE FAITE AU MÉSOCOLON ET SA SUTURE A LA PAROI. — Par l'ouverture faite dans le mésocolon on passe une pince qui va prendre et ramener le lambeau cutané qu'on vient de tailler. Le bord libre de ce dernier est fixé à la lèvre opposée de l'incision primitive, par trois ou quatre points isolés au crin de Florence.

Ce temps accompli, l'anse herniée est ainsi à cheval sur le lambeau cutané. Une compresse de gaze stérilisée est passée entre l'intestin et le pont de peau. Le tout est recouvert par un pansement légèrement compressif.

Une petite précaution est à prendre. Il faut avoir soin de réséquer les franges épiploïques après les avoir liées à leur base. Quand on les laisse, elles saignent au moindre contact. L'hémorragie n'est pas grave le moins du monde, mais il vaut toujours mieux l'éviter.

Sixième temps : SECTION DE L'ANSE. — Deux ou trois jours après l'opération, l'anse est sectionnée complètement et c'est là le point capital de l'opération et qui la différencie complètement de celle d'Audry-Jeannel où l'anse est ouverte comme dans une colostomie iliaque ordinaire. En somme, l'anus d'Audry-Jeannel est un anus à éperon,



FIG. 3. — Par l'ouverture faite dans le méso.
une pince va saisir le lambeau cutané qu'on vient de tailler.



FIG. 4. — Le lambeau cutané est passé sous l'anse intestinale.

La section est faite sans anesthésie aucune et au thermocautère par suite de l'insensibilité de l'intestin à la thermocautérisation. On évite du même coup l'hémorragie de l'intestin, toujours dangereuse. L'anse est sectionnée complètement et transversalement à son axe, puis la compresse de gaze est enlevée.

La section de l'anse est faite tardivement pour éviter l'infection du péritoine et surtout de la paroi abdominale. Mais si des accidents d'occlusion se manifestaient et ne permettaient pas d'attendre trop longtemps, la section de l'anse pourrait être faite vingt-quatre ou même six ou huit heures après l'opération, car on sait que les adhérences avec les séreuses se forment rapidement. Dans les cas où l'on a été obligé d'ouvrir l'intestin au moment même de l'opération, il s'est produit une suppuration de la peau qui n'a pas eu de conséquences graves, mais l'infection du péritoine n'a jamais été observée.

Dans cette opération, les deux orifices se trouvent finalement séparés par un espace de 2 à 3 centimètres, les bords du lambeau se rétractant légèrement. Par suite de cette séparation, il est impossible aux matières de passer dans le bout inférieur.

Dès que l'épidermisation des deux orifices intestinaux s'est produite, c'est-à-dire quinze à vingt jours après l'opération, le malade porte un appareil. M. Delore en a fait construire un à deux compartiments par M. Durillon. Le compartiment supérieur correspond à l'orifice supérieur et communique avec une grande poche destinée à recevoir les matières fécales et le compartiment inférieur correspond, bien entendu, à

l'orifice inférieur. On met de la ouate dans ce dernier compartiment ; elle est destinée à absorber les sécrétions du segment inférieur qui sortiraient par l'orifice et à protéger ainsi la peau et l'orifice supérieur contre ces sécrétions.



FIG. 5. — L'opération est terminée. L'anse est sectionnée complètement et transversalement à son axe.

CHAPITRE V

AVANTAGES ET RÉSULTATS

DE L'ANUS CONTRE NATURE A PONT DE PEAU

La première remarque à faire c'est que la technique de cette opération est très simple, plus simple même que celle de l'anús à éperon, quel que soit le procédé employé. Elle peut se faire tout aussi bien sous anesthésie locale que générale. Le shock opératoire n'est pas plus fort que dans n'importe quel autre procédé.

Quand on considère les résultats obtenus par ce procédé qui est employé systématiquement par M. le Dr Delore depuis sept ans, il y a lieu de voir les résultats immédiats et les résultats éloignés. Avant d'aller plus loin nous dirons que M. Delore a pratiqué cet anus sur soixante malades.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — Ils sont très bons. Les malades sont remis de leur opération en général au

bout de deux ou trois semaines et il est rare qu'un malade soit obligé de rester à l'hôpital plus d'un mois. La mortalité par le fait même de l'opération est nulle. Nous trouvons en tout deux cas de mort. Dans le premier, le malade, âgé de soixante-quatre ans (obs. IX), est opéré d'urgence pour une occlusion datant de quinze jours et meurt le lendemain, et dans le second (obs. III) le malade, âgé de soixante-cinq ans, est opéré pour une occlusion datant de huit jours, et meurt une semaine après l'opération, d'érysipèle de la paroi abdominale. Nous donnons par ailleurs ces deux observations, mais nous ferons remarquer que la mort, dans ces deux cas, ne peut pas être imputée au procédé opératoire.

Dans les cas où on a été obligé de sectionner l'S iliaque avant que des adhérences assez solides se soient formées entre lui et la paroi abdominale, et surtout quand on a été obligé de recourir à cette section quelques heures seulement après l'opération ou même pendant cette dernière, il s'est produit une suppuration, quelquefois un peu abondante, mais les choses sont toujours restées là et les points de suture n'ont jamais sauté.

Quelquefois il se produit un léger sphacèle des bords du pont cutané, mais il est sans aucun inconvénient.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Au point de vue de la survie, elle est plus ou moins longue suivant l'état plus ou moins avancé de la maladie chez les opérés. Il est cependant certain que des malades ont pu

profiter d'une plus longue survie par suite de la rareté des complications de l'anus à pont.

La complication la plus fréquente et la plus ennuyeuse, qui consiste dans le passage des matières dans le bout inférieur, est rendue impossible par la séparation des deux orifices de section de l'anse sigmoïde. L'orifice de section du bout supérieur étant assez large, son rétrécissement ne se produit point, d'autant plus que toutes les matières fécales passant par cet orifice lui servent d'agent de dilatation. Enfin l'appareil, appliqué sur les deux orifices en dehors des selles, exerce une pression sur les deux segments intestinaux et contribue à empêcher leur prolapsus.

Par l'orifice du segment inférieur les malades peuvent faire eux-mêmes des lavages du rectum. Par cet orifice on peut injecter des solutions antiseptiques pour maintenir le rectum dans un état de propreté relatif, comme on peut aussi injecter des solutions calmantes si des douleurs reparaissent.

Le seul inconvénient que présente ce procédé c'est qu'il est rendu quelquefois impossible lorsque le mésocôlon est très court. Dans ces cas, le pont de peau se sphacèle par suite de la traction et de la constriction exercées sur lui par le côlon et son méso. Cet inconvénient rare limite très peu le champ de cette opération. Aussi quand M. le Dr Delore se trouve en présence d'un mésocôlon très court il pratique un anus à éperon.

Quelquefois même, mais le cas est excessivement rare, le méso peut être tellement court qu'il est impossible d'attirer au dehors la moindre anse de l'S iliaque,

Dans ce cas on peut déchirer le méso, comme certains auteurs le conseillent, ou bien on peut recourir au procédé de Mosetig-Moorhof qui d'ailleurs est considéré par ses auteurs comme un pis aller et que nous ne décrivons pas, étant donné qu'il est en dehors du cadre de notre thèse.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

Nous ne donnons pas ici toutes les observations des malades chez qui M. X. Delore a établi un anus à pont. Nous nous contenterons d'en donner quelques-unes, surtout les plus récentes.

Nous nous permettons en outre de donner l'observation d'une malade chez qui M. Delore avait établi un anus à éperon et qui, par suite du passage des matières dans le bout inférieur, eut des suites telles que M. Delore se décida à abandonner ce procédé et à employer par la suite le procédé à pont de peau.

OBSERVATION I

Néoplasme de l'S iliaque avec occlusion aiguë. — Colostomie iliaque gauche de nécessité. — Exérèse impossible. — Ennuis causés par le passage des matières dans le bout inférieur.

Femme X..., quarante-sept ans, est vue par M. Delore, en 1910. Elle présente des ondes péristaltiques des plus nettes dans la fosse iliaque gauche; le toucher rectal ne donne pas de renseignements. La malade vomit depuis deux jours, elle a même eu des vomissements fécaloïdes. En

somme, signes d'occlusion aiguë ou subaiguë, avec état général cependant suffisant pour permettre de faire une laparotomie médiane pour rechercher l'obstacle.

L'opération est pratiquée immédiatement. Elle montre une tumeur de l'S iliaque adhérent au promontoire et un semis de granulations cancéreuses sur tout le péritoine pelvien. Dans ces conditions, fermeture immédiate de la laparotomie médiane, toute cure radicale étant impossible, soit le jour de l'opération, soit plus tard. On fait immédiatement une colostomie iliaque gauche latérale qu'on ouvre sur-le-champ.

Suites immédiates assez bonnes. Quelques mois après, la malade souffre dans son rectum par suite du passage des matières dans le bout inférieur, et, à différentes reprises, on doit enlever avec la main et par l'anus normal des matières fécales blanchâtres et dures comme de la pierre, et cela, malgré tous les lavements possibles, la malade prenant, en effet, un ou plusieurs lavements tous les jours.

La mort survient dix mois après l'opération, et l'on peut dire que le soulagement apporté à cette opérée par la colostomie a été singulièrement diminué par le passage et le séjour des matières dans le bout inférieur.

OBSERVATION II

Néoplasme du rectum haut situé, avec troubles d'occlusion intestinale. — Exérèse impossible. — Anus contre nature à pont.

C..., Jean-Marie, cinquante-neuf ans, est envoyé par M. Delore dans son service à la Croix-Rousse, le 13 août 1912, pour des troubles d'occlusion intestinale.

Le malade souffre d'une constipation considérable datant depuis quelque temps, mais ne précise pas la date du début. Les périodes de constipation se terminaient fréquemment par des débâcles diarrhéiques. En outre, à plusieurs reprises,

le malade constata des filets de sang et même du sang plus ou moins noirâtre, en assez grande abondance, dans ses selles. Enfin, il eut une hémorragie abondante et rutilante par l'anus.

Au toucher, on sent un néoplasme du rectum assez haut situé, circulaire, avec oblitération complète, ou tout au moins imperméable au doigt.

L'intervention est faite par M. Delore qui fait un anus contre nature iliaque terminal, les deux bouts supérieur et inférieur étant séparés par un pont cutané.

Suites simples.

OBSERVATION III

Néo du rectum. — Occlusion intestinale.

Anus contre nature à pont. — Erysipèle phlegmoneux. — Mort.

Jean-Baptiste B..., soixante-cinq ans. Entre à l'hôpital de la Croix-Rousse, le 29 mai 1913, pour un néoplasme du rectum. Le début de l'affection remonte à un an, au dire du malade. A cette date, le malade eut de violentes coliques, avec douleurs très vives au niveau du périnée. Depuis ce temps, il eut des alternatives de constipation et de diarrhée. Peu à peu, des phénomènes d'occlusion intestinale s'installent, et depuis huit jours le malade n'a eu ni selles, ni gaz.

A l'examen, le ventre est gros, dur, tendu, globuleux. Le toucher rectal montre une tumeur annulaire dont on fait le tour assez facilement avec le doigt. Elle est dure, munie en son centre d'un orifice circulaire, suffisamment étroit pour qu'on ne puisse pas passer le doigt. On a l'impression de sentir un *col vaginal*.

L'état général du malade est resté bon jusqu'à il y a deux mois, puis, à ce moment, il maigrit rapidement et se cachectise.

Actuellement : teint jaune paille caractéristique.

Rien dans les urines.

Intervention : on fait un anus contre nature avec un pont cutané traversant le méso. Il y a un peu d'ascite dans le péritoine. Le côlon est épaissi.

4 juin 1913. — Suppuration autour de l'anus contre-nature formant un érysipèle phlegmoneux, allant jusqu'au côté opposé où il y a une grande eschare noirâtre. Incision des divers foyers, lavages à l'eau oxygénée, teinture d'iode.

5 juin. — Décès.

OBSERVATION IV

Néo du rectum. — Diarrhée avec rectorragie. — Opération radicale impossible. — Anus à pont. — Décès au bout de six mois par progrès de la maladie.

Jean G. ., quarante ans, est envoyé dans le service de M. Delore, le 29 septembre 1913, du service de M. Barjon où il était pour diarrhée.

En effet, le malade a une diarrhée abondante. Il va à la selle jusqu'à quinze et vingt fois par jour et fait du sang en allant à la selle, sang mélangé aux matières. Phénomènes de rectite concomitante. Amaigrissement considérable : a perdu 12 kilogrammes depuis avril 1913.

Au toucher rectal, on sent très haut une grosse masse dure, en chou-fleur, saignotante.

3 octobre 1913. — Colostomie iliaque gauche par le procédé à pont cutané traversant le méso.

6 octobre. — Section transversale de l'anse colique au thermocautère.

10 novembre. — Laparotomie exploratrice médiane sous-ombilicale. On trouve des noyaux cancéreux sur le péritoine pelvien et pariétal. On referme.

Le malade meurt le 29 mars 1914, du progrès de son néoplasme.

OBSERVATION V (Résumée).

Michel T..., quarante-huit ans. Entre à l'hôpital pour un néoplasme de l'S-iliaque.

3 avril 1916. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. Il s'agit d'un néoplasme très adhérent de l'S iliaque au niveau du promontoire. Exérèse impossible. Anus contre nature à pont en deux temps, médian, à 10 ou 12 centimètres au-dessus du pubis. Suites simples.

OBSERVATION VI (Résumée).

Emile S..., cinquante-deux ans. Entre à l'hôpital le 2 janvier 1917, pour une fistule anale, en réalité symptomatique d'un énorme chou-fleur ano-rectal.

4 janvier. — Colostomie iliaque gauche. Anus contre nature à pont en deux temps. Suites simples.

OBSERVATION VII

Cancer haut du rectum. — Laparotomie exploratrice. — Anus à pont. — Amélioration.

Jean P..., soixante-trois ans, est vu par M. Delore en juillet 1917. Il présente un cancer du rectum très haut et très adhérent.

Les douleurs sont particulièrement très vives. On fait une laparotomie exploratrice, et devant l'impossibilité de l'exérèse, on se décide à faire un anus contre-nature définitif.

On fait un anus à pont en deux temps. La section de l'intestin est faite trente-six heures après l'opération.

Suites opératoires simples.

Le malade quitte l'hôpital un mois après, muni d'un

appareil à deux compartiments. Rentré chez lui, il reprend ses occupations comme auparavant et mène une vie assez active.

Actuellement (fin mai 1919), son poids, qui avait augmenté de 10 kilogrammes après l'opération, s'est maintenu, mais il accuse des douleurs dans son rectum, surtout la nuit, et des écoulements de sang et de glaires.

Tous les jours il fait un lavage du bout inférieur, suivi d'une injection d'huile goménolée. Son état est en somme satisfaisant près de deux ans après l'opération.

OBSERVATION VIII

Cancer inopérable du rectum. — Anus contre nature à pont. — Amélioration.

Femme L..., soixante sept ans, est vue par M. Delore, fin octobre 1917. Elle présente une tumeur excessivement avancée, très haute et toute exérèse est manifestement contre-indiquée.

3 novembre 1917. — Il existe des signes d'obstruction chronique. Opération :

Premier temps. — Anus contre nature à pont médian après laparotomie exploratrice.

Deuxième temps. — Section de l'an us au thermocautère le lendemain, c'est-à-dire un peu tôt.

Suites opératoires assez simples. Malgré un tout petit sphacèle de la pointe du lambeau, la séparation des deux bouts se maintient. Mise en place d'un appareil à deux compartiments.

Juin 1919. — La malade est toujours dans un état de santé très satisfaisant et vague à ses occupations de ménage.

OBSERVATION IX

Néoplasme de l'S iliaque. — Occlusion aiguë. — Anus à pont d'urgence. — Décès.

Aloi W..., soixante-quatre ans, entre à l'hôpital le 30 novembre 1918 avec des signes d'occlusion aiguë datant de quinze jours. Des ondes se dessinent sur la paroi. Pas de vomissements fécaloïdes. On pense à un néoplasme sur le gros intestin, probablement sur l'S iliaque, malgré un toucher négatif.

Laparotomie ombilicale exploratrice. On tombe sur un squirre de l'S iliaque ou mieux de la partie supérieure du rectum. Chose curieuse : la partie supérieure de l'intestin grêle est contracturée. Pour rentrer l'intestin on fait une petite fistulette cæcale, qu'on fixe à la paroi du côté droit. Puis à la partie supérieure de la laparotomie, on fait un anus contre nature à pont, sur l'S iliaque. On décide de faire en un second temps opératoire, et si l'état général du malade le permet, une amputation du rectum abdomino-périnéale.

1^{er} décembre 1918. — Décès.

OBSERVATION X (Résumée).

Claude C., soixante et un ans, entre à l'hôpital le 11 janvier 1919. Il présente un gros néoplasme du rectum siégeant à bout de doigt et dont l'exérèse est impossible en raison de sa vaste étendue. On fait un anus iliaque gauche à pont en deux temps. Suites simples.

OBSERVATION XI

Néoplasme du rectum. — Anus à pont.

V..., Jean, soixante-sept ans, présente un gros néoplasme du rectum qui semble encore abordable. On commence par

un premier temps. Le 14 janvier 1919, on fait un anus iliaque gauche à pont. On fait la section de l'anse au thermocautère deux jours après.

25 janvier. — La peau est légèrement enflammée, mais on n'observe pas de sphacèle. Les points de suture tiennent parfaitement. Les deux bouts de l'intestin font hernie et ne sont pas encore recouverts de bourgeons charnus.

Le malade quitte l'hôpital le 31 janvier muni de l'appareil à deux compartiments.

OBSERVATION XII (Résumée).

Gustave M..., entre à l'hôpital le 26 février 1919. Présente un cancer de la haute portion du rectum ; le doigt ne peut pas le déplacer. On tentera plus tard une intervention curatrice. Aujourd'hui (28 février) on se contente de pratiquer une colostomie iliaque gauche à pont, en deux temps.

Suites simples. Sorti le 8 mai 1919.

OBSERVATION XIII

Marguerite G..., soixante-seize ans, entre à l'hôpital le 3 mars 1919, salle Amédée-Bonnet, pour occlusion intestinale. Souffre depuis dix ans : entérite, diarrhée, coliques par crises parfois très aiguës. La malade précise très mal les conditions dans lesquelles elle souffrait.

Elle a beaucoup maigri depuis quelque temps. Depuis quinze jours elle voit du sang rouge dans ses selles.

Depuis quatre jours, elle a eu des vomissements répétés, alimentaires, puis fécaloïdes. Pas de gaz depuis.

A l'entrée, pas de vomissements depuis vingt-quatre heures. Par contre, la malade n'a pas uriné depuis plusieurs jours. Vessie distendue, abdomen ballonné avec prédominance du ballonnement du côté droit, péristaltisme intes-

tinal. Pas de matité dans les flancs. Langue très chargée. Pouls assez régulier à 80.

La malade se plaint dès qu'on l'examine et refuse de se laisser sonder et toucher. On renvoie ces examens au moment où elle sera endormie pour l'intervention.

En somme : signes d'occlusion intestinale complète d'origine mécanique. Tumeur probable du gros intestin, Pas d'ascite.

4 mars 1919. — Intervention. Laparotomie sous ombilicale latérale gauche. On tombe sur une grosse tumeur de l'S iliaque. On pratique un anus artificiel à pont en deux temps, au-dessus de la zone d'étranglement.

6 mars. — Section de l'anse au thermocautère.

Suites opératoires assez simples. La malade est perdue de vue après sa sortie de l'hôpital.

OBSERVATION XIV (Résumée).

Veuve D.,, cinquante-huit ans, entre à l'hôpital pour un néoplasme du rectum, situé à 10 ou 12 centimètres et collé à la paroi latérale du bassin.

21 mars 1919. — Anus contre nature à pont en deux temps. L'anus se fait sans difficulté.

OBSERVATION XV (Résumée).

Néoplasme du rectum. — Anus à pont.

Gaston R., quarante-sept ans, entre à l'hôpital le 29 avril 1919, salle Amédée-Bonnet. Le malade dit que son affection a débuté il y a quatre mois par des coliques avec constipation. On est actuellement en présence d'un malade amaigri, porteur d'un néoplasme du rectum avec généralisation péritonéale.

2 mai 1919. — Intervention. On trouve un néoplasme du

rectum avec généralisation péritonéale. On fait un anus à pont. Fixation de l'S iliaque à la paroi.

La maladie progresse rapidement et le malade meurt le 20 mai 1919.

OBSERVATION XVI

*Néoplasme du rectum. — Sténose. — Exérèse impossible.
Anus contre nature à pont.*

Frédéric R..., soixante-cinq ans, arrive à l'hôpital avec des phénomènes de sténose rectale. Le malade dit souffrir depuis quelques mois. Le toucher rectal montre une tumeur bourgeonnante et fixée, qu'on sent du bout du doigt. L'exérèse étant impossible, on fait un anus contre nature à pont.

Aujourd'hui (21 mai 1919), premier temps opératoire. L'opération est facile et aisée, l'S iliaque étant très mobile. Le bout supérieur est attiré et fixé.

23 mai. — Deuxième temps de l'opération. Section de l'S iliaque au thermocautère, sans incident.

28 mai. — La plaie suppure légèrement, mais les sutures tiennent très bien. Cette suppuration provient probablement de l'intestin. Malgré cette légère suppuration, le malade peut quitter le service au bout d'un mois, muni de l'appareil à deux compartiments.

OBSERVATION XVII

R..., soixante-sept ans, vient à la consultation le 10 juin 1919. Il lui a été fait une cœcotomie d'urgence le 16 mars 1919, pour des accidents d'occlusion aiguë due à un cancer du rectum et datant depuis quatre jours. Le malade fait remonter le début de son affection à trois ou quatre mois avant l'opération. Il vient consulter parce que depuis une quinzaine de jours, une partie des matières passent par

l'anus normal. Le passage de ces matières ne donnant pas lieu à des accidents appréciables, on lui conseille d'attendre et de revenir au moindre accident.

Le malade revient le 13 juin. Il présente un prolapsus de son anus cæcal. L'intestin prolapsé est de plus de 10 centimètres. Il est admis salle Amédée-Bonnet.

On se décide à lui faire un anus sur l'S iliaque et à reformer plus tard son anus cæcal.

18 juin. — Anesthésie générale. On fait un anus iliaque par le procédé à pont. L'S iliaque présente des parois un peu épaissies et graisseuses. On profite de l'anesthésie pour réduire le prolapsus cæcal.

20 juin. — Section de l'anus iliaque au thermocautère.

Le 7 juillet 1919. — On ouvre l'anus cæcal. On extériorise la portion du cæcum ouverte. On la ferme en trois plans et on ferme la paroi, muscles et péritoine compris. Points de crins sur la peau.

Suites simples.

CONCLUSIONS

I. — L'anús contre nature définitif est quelquefois le seul traitement possible dans le cancer du rectum.

II. — L'anús artificiel doit être fait dans la fosse iliaque gauche, sur l'anse sigmoïde et dans sa constitution on doit créer une barrière efficace contre le passage des matières dans le bout inférieur.

III. — Le meilleur procédé qui répond à ce dernier but est celui d'Audry-Jeannel modifié, tel que l'emploie M. le Dr Delore, et appelé : anus à pont de peau.

IV. — Ce n'est que lorsque le méso-côlon est très court et rend l'anús à pont impossible qu'on est obligé de recourir à un autre procédé, chacun suivant ses préférences.

V. — Nous croyons qu'il y a quelquefois avantage à pratiquer l'anús à pont dans les cas d'anús artificiels

temporaires, mais établis pour une durée de quelques mois. Dans ces cas, il serait peut-être préférable d'établir l'anus sur le côlon descendant de façon à pouvoir rétablir plus facilement la communication entre les deux segments coliques.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

Vu :

BÉRARD.

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 18 septembre 1919.

POUR LE RECTEUR ET PAR DÉLÉGATION :

LE VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

E. DEPÉRET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ALLINGHAM (H. W.), *Colotomy inguinal, lumbar and transverse, for cancer or stricture with ulceration of the large intestine*, London, 1892, in-8.
- ALLINGHAM (H. W. Jun.), F. R. C. S., Inguinal colotomy; its advantages over the lumbar operation, with special method of preventing faeces passing below the artificial anus (*The British Medical Journal*, October 22th 1887, p. 874).
- An important supplement to the operation of inguinal colotomy (*The Br. Med. Journ.*, April 27th 1889, p. 939).
- ARNISON (W. C.), M. D., Remarks on colotomy (*Br. Med. Journ.*, February 9th 1889, p. 295).
- AUDRY (Ch.), Un nouveau procédé de colostomie iliaque. Colostomie transpariétale (*Archives provinciales de Chirurgie*, 1893, p. 347).
- BRAQUEHAYE, Opération d'anus iliaque pratiquée en deux temps par le procédé de Maydl et Colley (*Bulletins de la Société d'Anatomie et de Physiologie normales et pathologiques de Bordeaux*, 1890, t. XI, p. 7).
- CHAVASSÉ (Thomas F.), On sigmoid colotomy as a method of treatment in rectal carcinoma (*The Lancet*, January 5th 1889, p. 7).
- CLAROT, *Contribution à l'étude de la colostomie iliaque*, th. de Paris, 1890.
- COLLEY (Davies), On three cases of colotomy with delayed opening of the intestine (*Transactions of the Clinical Society of London*, 1885).

- COOPÉR (Alfred) (from notes by M. Arthur Chilcott), Three cases of inguinal colotomy (*Brit. Med. Journal*, November 17th 1888, p. 1108).
- CRIPPS (Harrison), F. R. C. S., Inguinal versus lumbar colotomy with record of thirty seven consecutive cases (*The Lancet*, May 4th 1889, p. 889).
- DELBET et BRÉCHOT, *Maladies de l'anus et du rectum*, p. 256.
- DELÉTREZ, *De l'anus iliaque dans le traitement de certaines maladies du rectum*, th. de Paris, 1898-1899.
- DINANIAN (Parsegh), *Un nouveau procédé d'anus iliaque dans le cancer du rectum*. Opération de Reclus, th. de Paris, 1910-1911.
- DUVAL (P.), *Société de Chirurgie de Paris*, 1898.
— Thèse de Paris, 1901-1902.
— Les Fistules intestinales (*Précis de Pathologie chirurgicale*, t. III).
- GANGOLPHE (Michel), Colostomie iliaque par la double ligature (*Revue de Chirurgie*, 1900).
— Société de Chirurgie de Lyon (*Revue de Chirurgie*, 1898).
- GÉRAUD (H.), *Complications de l'anus artificiel*, th. de Paris, 1902.
- GODINAU (G.), *De l'entéro-rectostomie*, th. de Paris, 1902-1903.
- GUIBET (M.), *Chirurgie de l'abdomen (Précis de Technique opératoire*, p. 153).
- GUINARD (A.), Affections chirurgicales de l'abdomen (*Nouveau Traité de Chirurgie*, p. 568).
- HARTMANN (H.), Technique de la colostomie dans le traitement de certaines tumeurs inopérables du rectum (*Revue de Chirurgie*, 1900).
- JEANNEL, De la colostomie iliaque, d'après le procédé d'Audry (*Archives provinciales de Chirurgie*, 1894, p. 96).
- JULLIARD (Gustave), *Revue médicale de la Suisse Romande*, n° 8 du 20 août 1898.
- LAGAITE, *De la dérivation complète du cours des matières intestinales appliquée au traitement du cancer du rectum*, th. de Lyon, 1884.
- MAILLEFERT (G.), *Manuel opératoire et résultat de la colostomie iliaque par le procédé de la double ligature (procédé de Gangolphe)*, th. de Lyon, 1900-1901.

- MALHESPINE (E.), Un procédé de colostomie iliaque gauche (l'anus à pont) (*Revue de Chirurgie*, 1919).
- MARION, *Manuel de Thechnique chirurgicale*, p. 571.
- M^{lle} D^r VON MAYER, Nouveau procédé d'anus artificiel à la Clinique chirurgicale de Lausanne (*Revue médicale de la Suisse Romande*, n° 1, janvier 1898).
- MONOD et VANVERTS, *Traité de Technique opératoire*.
- PAUCHET, Anus iliaque gauche à double orifice (*la Clinique*, 1910, n° 3, p. 34.)
- POLLOSSON (M.), *Lyon médical*, 18 mai 1884.
- *Lyon médical*, 4 et 11 juillet 1897.
 - *Société de Chirurgie de Lyon*, 11 juin et 1^{er} juillet 1887.
- QUÉNU et HARTMANN, *Rapport au Congrès de Chirurgie de 1897*.
- *Chirurgie du Rectum*, 1899, t. II, p. 340.
- RECLUS, Anus artificiel iliaque en deux temps (*Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie de Paris*, 1887, p. 685).
- *Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie de Paris*, 1890, p. 104.
 - Un nouveau procédé d'anus artificiel iliaque (*Clinique*, 1908, p. 242).
 - Un nouveau procédé d'anus artificiel iliaque (*Journal des Praticiens*, 1910, p. 737).
- TCHAPEROFF (Alexandre), *Application de la colostomie iliaque au traitement des rectites chroniques graves et ulcérations du rectum*, th. de Paris, 1895.
- VERNEUIL et RECLUS, Des anus artificiels iliaques et lombaires, (*I^{er} Congrès français de Chirurgie*, 1885, p. 431).
-

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.	7
CHAPITRE PREMIER. — Introduction	9
CHAPITRE II. — Historique	12
CHAPITRE III. — Description et critique des principaux procédés d'anús artificiels iliaques	17
CHAPITRE IV. — Technique de l'anús contre nature à pont de peau	26
CHAPITRE V. — Avantages et résultats de l'anús contre nature à pont de peau	33
CHAPITRE VI. — Observations.	37
CONCLUSIONS.	49
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	51

